

# こうのとりのりコースご登録専用用紙

申込年月日 平成 年 月 日

|   |          |       |  |
|---|----------|-------|--|
| ふりがな  |          | 電話番号  |  |
| お名前   |          | 携帯番号  |  |
|   |          | 勤務先   |  |
|   |          | その他   |  |
| ご住所   | 〒        |       |  |
| ビル・マンション名   |          |       |  |
| メールアドレス   |          |       |  |
| 緊急連絡先氏名   |          |       |  |
| 緊急連絡先番号   |          |       |  |
| 出産予定日   | 平成 年 月 日 | ご出産回数 |  |
| 出産予定病院名   |          |       |  |
| 病院住所  | 〒        |       |  |
| 病院電話番号  | (昼間)     | (夜間)  |  |
| かかりつけ医院名  |          |       |  |
| ※ ご出産の病院と同じ場合は“同上”とご記入下さい。  |          |       |  |
| 子育てタクシーに同時登録する： <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない・ <input type="checkbox"/> 登録済 |          |       |  |
| ご要望等があればご記入下さい。   |          |       |  |

◎この登録用紙にご記入いただきました内容は、一般社団法人全国子育てタクシー協会に加盟し、申し込み者にご利用されるタクシー事業者にてのみ登録時に利用するものです。

その他でご記入内容を利用することは一切ございません。

一般社団法人全国子育てタクシー協会

MR 交通株式会社